

ふれしやすセミナーVol.18 申込用紙

(株)ふれしやす  
 FAX 0952-37-9153 MAIL arigato@pureshasu.com

内容	「できる」から始める行動支援
日時	平成29年 3月11日(土)
場所	佐賀市文化会館 大会議室

※お名前フルネームでご記入ください。

※受講希望  お願いします。

いただいた個人情報は本件以外使用しません。

ふりがな 氏名	自閉症支援の経験年数等		所属先		受付後、弊社より連絡します。3/3までに連絡なき場合はお手数ですがご連絡ください。
	自閉症支援の経験年数	年	当に○を付け、勤務先名をご記入ください。演習グループは <input checked="" type="checkbox"/> お願いします		昼間連絡が取れる連絡先をご記入ください。
ふりがな	自閉症支援の経験年数	年	①保護者 ②一般		住所(必須)
氏名	構造化された指導の経験年数	年	③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先)		TEL(必須) FAX
	水野氏セミナー受講経験	回	④教育関係(勤務先)		E-mail
<input type="checkbox"/> 午前のみ受講	【フレームワークを活用した自閉症支援】 書籍購入希望	有・無	⑤行政関係(勤務先)		今後の弊社セミナーのご案内 (要・不要)
<input type="checkbox"/> 1日受講					講師ホームページメルマガ登録 (要・不要)
ふりがな	自閉症支援の経験年数	年	①保護者 ②一般		住所(必須)
氏名	構造化された指導の経験年数	年	③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先)		TEL(必須) FAX
	水野氏セミナー受講経験	回	④教育関係(勤務先)		E-mail
<input type="checkbox"/> 午前のみ受講	【フレームワークを活用した自閉症支援】 書籍購入希望	有・無	⑤行政関係(勤務先)		今後の弊社セミナーのご案内 (要・不要)
<input type="checkbox"/> 1日受講					講師ホームページメルマガ登録 (要・不要)
ふりがな	自閉症支援の経験年数	年	①保護者 ②一般		住所(必須)
氏名	構造化された指導の経験年数	年	③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先)		TEL(必須) FAX
	水野氏セミナー受講経験	回	④教育関係(勤務先)		E-mail
<input type="checkbox"/> 午前のみ受講	【フレームワークを活用した自閉症支援】 書籍購入希望	有・無	⑤行政関係(勤務先)		今後の弊社セミナーのご案内 (要・不要)
<input type="checkbox"/> 1日受講					講師ホームページメルマガ登録 (要・不要)